

# ПЛАН WTW\* -

## НАПРАВЛЕНИЕ НА ЗАДАНИЕ

ИМЯ УЧАСТНИКА	<input type="checkbox"/> Initial Activity
НАЗВАНИЕ ДЕЛА:	<input type="checkbox"/> Assignment
НОМЕР ДЕЛА:	<input type="checkbox"/> Amendment # _____
НОМЕР И.Д. :	
ИМЯ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WTW:	

- Обязательное участие.** Я обязан выполнять задания указанные ниже. Я понимаю, что если округ не решит, что у меня есть уважительная причина для невыполнения задания и я не буду участвовать, как обязан, в этих заданиях, то сумма денежной помощи получаемой мной может уменьшиться.
- Добровольное участие.** Я понимаю, что я не обязан участвовать, но я согласен выполнять и закончить указанные ниже задания. Я понимаю, что как у добровольного участника, моя денежная помощь не может быть уменьшена за невыполнение этих заданий. Я понимаю, что если я перестану выполнять эти задания, возможно я не смогу участвовать в программе WTW в течение определенного периода времени, если только округ не определит, что у меня была уважительная причина для невыполнения заданий. Я понимаю, что 20-ти часовое правило на основное задание и правила 32- или 35- часов в неделю ко мне не относятся.
- SIP.** Я понимаю, что 20-ти часовое правило на основное задание ко мне не относится.

### ОСНОВНЫЕ ЧАСЫ Я обязан выполнять, как минимум, 20 "основных" часов в неделю. Это:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Не субсидированная работа в течение _____ часов                         | <input type="checkbox"/> Субсидированная работа в общественном секторе в течение _____ часов     |
| <input type="checkbox"/> Поиск работы и помощь в подготовке к работе в течение _____ часов       | <input type="checkbox"/> Обучение на рабочем месте (OJT) в течение _____ часов                   |
| <input type="checkbox"/> Опыт работы в течение _____ часов                                       | <input type="checkbox"/> Обучение на рабочем месте основанном на субсидиях в течение _____ часов |
| <input type="checkbox"/> Проф.образование и обучение (до 12 месяцев) в течение _____ часов       | <input type="checkbox"/> Поддерживаемая работа или переходная работа в течение _____ часов       |
| <input type="checkbox"/> Трудовое обучение в течение _____ часов                                 | <input type="checkbox"/> Работа на себя в течение _____ часов                                    |
| <input type="checkbox"/> Субсидированное трудоустройство в частном секторе в течение _____ часов | <input type="checkbox"/> Общественный труд в течение _____ часов                                 |

### НЕ ОСНОВНЫЕ ЧАСЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ЗАСЧИТАНЫ КАК ОСНОВНЫЕ Я должен выполнять эту деятельность в количестве указанных часов.

- Начальное образование для совершеннолетних
- Трудовые навыки, непосредственно связанные с трудоустройством
- Образование, непосредственно связанное с трудоустройством
- Удовлетворительный прогресс в средней школе
- Услуги по помощи с психическим здоровьем
- Услуги по лечению злоупотребления алкоголем и/или наркотиками
- Услуги по защите от плохого обращения дома

Кол-во не основных часов	Кол-во часов, которые могут быть засчитаны
часов	часов

### НЕ ОСНОВНЫЕ ЧАСЫ, КОТОРЫЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ ЗАСЧИТАНЫ КАК ОСНОВНЫЕ

- \*\*Производственное образование и обучение (после учета как основные в течение 12 месяцев) \_\_\_\_\_ часов
- Другая деятельность, необходимая для помощи лицу получить работу \_\_\_\_\_ часов
- Участие, требуемое школой, чтобы обеспечить посещение школы ребенком \_\_\_\_\_ часов

\*\*Если есть какое-либо участие в этой деятельности, то никакие часы в любой не основной деятельности не могут быть засчитаны в счет основных часов.

### ЗАДАНИЕ И УСЛУГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, АДРЕС, РАСПИСАНИЕ И ЧАСЫ

1. Деятельность: \_\_\_\_\_  
Начинается: \_\_\_\_\_ Ожидаемое окончание: \_\_\_\_\_  
Расписание: \_\_\_\_\_ Часы в неделю: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_
2. Деятельность: \_\_\_\_\_  
Начинается: \_\_\_\_\_ Ожидаемое окончание: \_\_\_\_\_  
Расписание: \_\_\_\_\_ Часы в неделю: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_
3. Деятельность: \_\_\_\_\_  
Начинается: \_\_\_\_\_ Ожидаемое окончание: \_\_\_\_\_  
Расписание: \_\_\_\_\_ Часы в неделю: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_
4. Деятельность: \_\_\_\_\_  
Начинается: \_\_\_\_\_ Ожидаемое окончание: \_\_\_\_\_  
Расписание: \_\_\_\_\_ Часы в неделю: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_

### ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Округ предоставит мне:

- Присмотр за детьми
- Транспортные услуги
  - Проездной билет на автобус
  - Проездные деньги из учета расстояния
  - Парковку
  - Другое: \_\_\_\_\_
- Вспомогательную (другую) оплату за:
  1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_

- Округ пришлет мне адрес и расписание для моей деятельности \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ (дата).
- Я должен пойти в \_\_\_\_\_ АДРЕС \_\_\_\_\_ числа, чтобы получить адрес и расписание моей деятельности.
- Я представляю работнику WTW копию рассписания \_\_\_\_\_ Деятельность \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ числа. Я сообщу работнику WTW, если произошли какие-либо изменения и при необходимости, представлю копию.
- Я понимаю, что если я не пойду \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ как требует округ или если у меня не будет удовлетворительного прогресса в данной деятельности, то округ определит причину этого и возможно, мне придется выполнять другую деятельность. Я понимаю, что я должен предоставить подтверждение удовлетворительного прогресса в деятельности моему работнику программы WTW к дате/ам, указанной/ым ниже:
- Деятельность: \_\_\_\_\_ Дата предоставления подтверждения: \_\_\_\_\_
- Деятельность: \_\_\_\_\_ Дата предоставления подтверждения: \_\_\_\_\_
- Дополнительные примечания: \_\_\_\_\_

### ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

- Округ будет оплачивать вспомогательные услуги (уход за детьми, транспорт и расходы, связанные с работой, обучением, и образованием), если это необходимо мне для участия в выполнении заданий и правила программы WTW разрешают оплату.
- Я, вместе с работником WTW, рассмотрел мою потребность во вспомогательных услугах WTW. Я понимаю, что я не должен выполнять мое задание, пока необходимые мне вспомогательные услуги не будут предоставлены.
- Я понимаю, что должен немедленно сообщить работнику WTW обо всех изменениях в моей потребности во вспомогательных услугах или если они мне более не нужны. **Если я заранее не сообщу об изменениях, возможно округ не сможет оплачивать их.**
- Я понимаю, что если округ оплачивает больше вспомогательных услуг, чем необходимо мне для участия в программе WTW, я должен буду вернуть переплаченную сумму.

### ЗАЯВЛЕНИЕ УЧАСТНИКА

- Я понимаю, что мой план WTW включает в себя эту форму, справочник Права и Обязанности и справочник программы WTW. Я понимаю, что деятельность и услуги программы WTW и мои права и обязанности, как участника программы WTW объяснены мне в этих формах.
- Я получил справочник программы WTW.
- Я знаю, что я могу спросить работника программы WTW, ведущего мое дело, если у меня есть вопросы.
- Я понимаю, что если я не согласен с моей оценкой или округ и я не можем выбрать план, я скажу работнику, то он **обязан** направить меня к независимой, третьей стороне, для получения новой оценки моего трудоустройства или потребностей программы WTW.
- Это мое первое задание по обучению или образованию по плану WTW. Я понимаю, что у меня есть 30 календарных дней с начала моего обучения или образования по моему первичному плану WTW, чтобы запросить изменение или направление на другую деятельность. Этот 30-дневной льготный период предоставляется только один раз в течение времени получения мной денежной помощи программы возможности трудоустройства и ответственности перед детьми в Калифорнии (CalWORKs). Если округ согласится на изменения, то я знаю, что мне придется подписать новое Направление на Деятельность.
- У меня есть три (3) рабочих дня, чтобы обдумать это Направление на Деятельность, после того, как я его подпишу. Я понимаю, что если я хочу изменить условия этого плана, я должен сообщить работнику, ведущему мое дело WTW до \_\_\_\_\_ числа. Если до этого числа я не сообщу работнику, то это Направления на Деятельность является окончательным.
- Я прочел/ла (или мне прочли) и понял/а это Направление на Деятельность и получил копию. Если я не буду выполнять мои обязанности без уважительной причины, то я знаю, что возможны санкции, которые могут включать в себя уменьшение суммы денежной помощи.
- Я понимаю, что я могу попросить заменить предоставляющего услуги, если я возражаю против религиозной деятельности любого предоставляющего услуги, к которому я был направлен.
- Я понимаю, что могу отказаться от любой религиозной деятельности, предложенной предоставляющим услуги и что любое участие в любой религиозной деятельности, предложенной предоставляющим услуги, является добровольной.
- Я понимаю, что если я не согласен с любым действием округа в отношении моего участия в программе WTW, я могу подать официальную жалобу работнику округа или я могу запросить слушание моего дела администрацией штата, позвонив по бесплатному номеру телефона: 1-800-952-5253. Если округ предлагает понизить или остановить получаемую мной помощь, получаемая мной помощь будет понижена или остановлена, если я подам официальную жалобу.
- Я понимаю, что я могу получить **бесплатную юридическую помощь** с решением проблем программы WTW от местного отдела юридической помощи или отдела прав лиц получающих социальную помощь, позвонив: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.  
НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА

ДАТА

ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WTW

ТЕЛЕФОН

ДАТА